

**Zulassungsausschuss für Ärzte**  
bei der  
Kassenärztlichen Vereinigung Thüringen  
PF 2019  
99401 Weimar

Posteingangsstempel

**A N T R A G**  
**zur Beschäftigung eines angestellten Arztes in einem Medizinischen**  
**Versorgungszentrum (MVZ) gemäß § 95 SGB V**

**1. Betriebsstätte des MVZ**

Name: .....

Straße: .....

PLZ, Ort: .....

**Ich / Wir beantrage(n) die Beschäftigung eines angestellten Arztes gemäß § 95 SGB V.**

**2. Angaben zum angestellten Arzt:**

Titel, Name, Vorname: .....

geb. am: ..... in: ..... Staatsangehörigkeit: .....

Straße: .....

PLZ, Ort: ..... Telefon/Telefax: .....

**Anstellung erfolgt für das**

**Fachgebiet:** ..... **ggf. Teilgebiet:** .....

bei Fachärzten für Innere Medizin:       hausärztlich       fachärztlich

**Beschäftigung wird beantragt ab:** ..... **Anzahl der Wochenstunden:** .....

Anstellung erfolgt im Rahmen einer Nachbesetzung einer Arztstelle

ja       nein



Bitte Namen des bisher angestellten Arztes angeben: .....

dessen Anstellung endet zum: .....

**3. Tätigkeitsort des angestellten Arztes, wenn von oben genannter Betriebsstätte abweichend:**

.....

**Genehmigung der KV Thüringen** wurde beantragt:       ja       nein

ist vorhanden:       ja       nein

**Hinweis:**

Ich versichere, dass die in diesem Antragsformular gemachten Angaben vollständig und richtig sind. Mir ist bekannt, dass unrichtige Angaben zur Unwirksamkeit der Genehmigung führen können.

Wir weisen darauf hin, dass genehmigungs-, antrags- und zertifikatspflichtige sowie zugangsbeschränkte Leistungen nach § 135 SGB V (Röntgen, Sonografie, Psychosomatik etc.) nur durch den angestellten Arzt erbracht werden können, wenn die Voraussetzungen nachgewiesen wurden und eine entsprechende Genehmigung durch die KV Thüringen erteilt wurde. Eine Aufstellung aller genehmigungs-, antrags- und zertifikatspflichtige sowie zugangsbeschränkte Leistungen finden Sie unter [www.kvt.de](http://www.kvt.de), Themen A – Z, [Genehmigungspflichtige und zulassungsbeschränkte Leistungen](#). Dies ist auch dann notwendig, wenn dem angestellten Arzt in einer früheren vertragsärztlichen Tätigkeit bereits die Ausführung und Abrechnung von Leistungen durch die KV Thüringen genehmigt wurde.

Mit der Antragstellung wird eine Gebühr gemäß § 46 Abs. 1c Ärzte-ZV in Höhe von 120,00 € fällig. Wir weisen darauf hin, dass erst nach Entrichtung der Gebühr über Ihren Antrag verhandelt werden kann.

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift des Geschäftsführers des MVZ

**Durch den angestellten Arzt auszufüllen:**

**1. Folgende Unterlagen des anzustellenden Arztes sind dem Antrag beizufügen bzw. zu beantragen:**

- Bescheinigung über die bisherigen ärztlichen Tätigkeiten nach der Eintragung in das Arztregister in Form von Anstellungsverträgen oder Zeugnissen
- sofern bei anderer Arztregisterstelle vorgenommen: Auszug über Eintragung in Arztregister mit Tag der 1) Approbation, 2) Anerkennung einer Facharztbezeichnung sowie 3) Arztregistereintragung
- amtliches Führungszeugnis - **Belegart „O“** - (darf zum Zeitpunkt der Antragstellung nicht älter als drei Monate sein und muss zur Verhandlung dem Zulassungsausschuss vorliegen)
- Anstellungsvertrag - schriftlicher Arbeitsvertrag
- sofern für MVZ noch nicht erfolgt: Versicherungsbescheinigung hinsichtlich des ausreichenden Berufshaftpflichtversicherungsschutzes nach § 113 Abs. 2 Versicherungsvertragsgesetz
- Lebenslauf mit Unterschrift

**2. Derzeitige Tätigkeit des anzustellenden Arztes**

2.1 Dienst-/Beschäftigungsverhältnis:

als: ..... bei: .....

2.2 Zugelassener Vertragsarzt

seit:..... im Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung: .....

- für einen vollen Versorgungsauftrag
- für einen hälftigen Versorgungsauftrag

2.3 Zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung ermächtigter Arzt

seit: ..... im Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung: .....

2.4 Die angegebene Tätigkeit wird beendet zum: .....  
(Angabe über das frühestmögliche Ende des Beschäftigungsverhältnisses )

oder

Die angegebene Tätigkeit wird fortgeführt mit ..... Wochenstunden.  
(Wurde hier eine Eintragung vorgenommen, bitte Erklärung Seite 4 dieses Antrages zusätzlich ausfüllen)

2.5 Ohne Dienst-/Beschäftigungsverhältnis seit: .....

**Erklärungen des anzustellenden Arztes:**

Ich erkläre hiermit, dass ich nicht drogen- und alkoholabhängig bin oder innerhalb der letzten fünf Jahre war. Weiterhin erkläre ich, dass ich mich innerhalb der letzten fünf Jahre keiner Entziehungskur wegen Drogen- oder Alkoholabhängigkeit unterzogen habe und das gesetzliche Hinderungsgründe der Ausübung des ärztlichen Berufes nicht entgegenstehen.

Außerdem erkläre ich, dass kein strafrechtliches Ermittlungsverfahren im Zusammenhang mit der Ausübung meiner ärztlichen Tätigkeit sowie kein Verfahren über die auch vorläufige Entziehung, das Ruhen der Approbation gegen mich anhängig ist bzw. war.

Ich erkläre, dass ich ab der Aufnahme der vertragsärztlichen Tätigkeit für die Versorgung der Versicherten persönlich im Rahmen des Versorgungsauftrages zur Verfügung stehe.

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift des anzustellenden Arztes

**Hinweis:**

Nach § 95 d SGB V besteht eine [Fortbildungsverpflichtung](#), die alle fünf Jahre nachzuweisen ist.

Für angestellte Ärzte besteht die Verpflichtung zur Teilnahme am ärztlichen [Bereitschaftsdienst](#).

Nach § 75 Absatz 1a Satz 2 SGB V müssen die Kassenärztlichen Vereinigungen die Versicherten im Internet in geeigneter Weise bundesweit einheitlich über die Sprechstundenzeiten der Vertragsärzte und über die Zugangsmöglichkeiten von Menschen mit Behinderung zur Versorgung (Barrierefreiheit) informieren. Ihre Praxisdaten mit Ihrer telefonischen Erreichbarkeit werden somit im Internetauftritt der KV Thüringen ([Arztsuche](#)) veröffentlicht.

Zur Kenntnis genommen:

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift des anzustellenden Arztes

.....  
Unterschrift des Geschäftsführers des MVZ

**Folgendes Dienst-/Beschäftigungsverhältnis soll neben der Anstellung weitergeführt werden**  
(§ 20 Abs. 1 und 2 Ärzte-ZV):

Ich versichere, dass mein bestehendes Dienst-/Beschäftigungsverhältnis als .....

- mit  dem Krankenhaus .....  
Name
- dem MVZ .....  
Name
- dem Vertragsarzt/der Berufsausübungsgemeinschaft .....  
Name
- der Einrichtung .....  
Name

den Umfang von ..... Wochenstunden nicht überschreiten wird.

Der Vertrag zum o. g. Dienst-/Beschäftigungsverhältnis wird nach rechtskräftiger Zulassung durch den Zulassungsausschuss für Ärzte in der Form angepasst, dass die Vorgaben des Arbeitsrechtes, insbesondere des Arbeitszeitgesetzes, des ärztlichen Berufsrechtes und des Kassenarztrechtes eingehalten werden und damit der Ausübung vertragsärztlicher Tätigkeit nichts entgegensteht.

Mir ist bekannt, dass ein Beschäftigungsverhältnis oder eine andere nicht ehrenamtliche Tätigkeit der Eignung zur Ausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit entgegensteht, wenn der Arzt unter Berücksichtigung der Dauer und zeitlichen Lage der anderweitigen Tätigkeit den Versicherten nicht in dem Versorgungsauftrag entsprechenden Umfang persönlich zur Verfügung steht und insbesondere nicht in der Lage ist, Sprechstunden zu den in der vertragsärztlichen Versorgung üblichen Zeiten anzubieten.

**Hinweis:**

Wenn die bei der Erteilung dieser Genehmigung zugrunde gelegten Voraussetzungen tatsächlich nicht erfüllt waren oder nachträglich entfallen, kann die Zulassung entzogen werden; sie ist zu entziehen, wenn die Voraussetzungen, unter denen sie erteilt wurde, tatsächlich nicht vorlagen oder nachträglich weggefallen sind; im Übrigen kann die Genehmigung in durch Gesetz bestimmten Fällen entzogen werden.

.....  
Ort, Datum

.....  
Stempel und Unterschrift des Arbeitgebers